4.

Dr. PEDRO CHUTRO

# TUMOR MALIGNO DEL TALÓN

TRATADO POR LA

# OPERACIÓN DEL WLADIMIROFF MIKULICZ

Extracto de la «Revista de la Sociedad Médica Argentina»
PÁG. 209, 1911





BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — Callao — 737
1911

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22439717

Dr. PEDRO CHUTRO

# TUMOR MALIGNO DEL TALÓN

TRATADO POR LA

# OPERACIÓN DEL WLADIMIROFF MIKULICZ

Extracto de la «Revista de la Sociedad Médica Argentina»
PÁG. 209, 1911





BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — Callao — 737
1911

# TUMOR MALIGNO DEL TALÓN

TRATADO POR LA

# OPERACIÓN DEL WLADIMIROFF MIKULICZ

Por el Dr. PEDRO CHUTRO
Profesor sustituto de medicina operatoria
Cirujano del hospital Teodoro Alvarez.

En un trabajo anterior decía que en los casos de tumores malignos limitados al talón, siempre que fuera posible, había que preferir la operación de Wladimiroff Mikulicz á la amputación, porque aquel procedimiento permite eliminar todo lo necesario con un sacrificio relativamente pequeño, dejando un miembro útil sin tener que recurrir á prótesis, y sobre todo porque en el caso de un fracaso siempre habrá tiempo y tela para una amputación.

El presente caso es una confirmación de lo que entonces sostenía, y en cuanto á sus resultados puede colocarse ventajosamente al lado de los relatados por Berger.

Pero lo que me induce más á darlo á conocer es que en mi anterior trabajo proponía un método para seccionar los huesos y adaptar las superficies cruentas, que me parecía muy ventajoso pero que era un simple ensayo de anfiteatro; hoy, después

de aplicado, debo decir que estoy muy satisfecho con el resultado.

Su historia clínica es la siguiente:

Josué M., 50 años, italiano. Entra á la sala 1 del hospital Teodoro Alvarez el día 9 de Mayo de 1910.

De su infancia no recuerda nada especial.

Desde los 18 años viene padeciendo de hemorroides internos con fuertes hemorragias, prurito anal y agudos y prolongados dolores cuando se hacen procidentes y casi irreductibles. En estos momentos es lo que lo trae al hospital, pues desde hace una semana no puede reducir sus hemorroides y los dolores consiguientes se han hecho insoportables.

A este padecimiento se ha agregado luego otro, cuya iniciación el enfermo describe del siguiente modo; Hace dos años y medio usaba en el pie derecho un botín con uno de los clavitos que hacía saliencia en la vecindad del talón; mientras caminaba no sentía más que la incomodidad, pero un día, al descender del caballo, pisó fuerte é inmediatamente sintió un pinchazo en el talón: el clavo había perforado la piel. No le dió importancia, la piel se inflamó y al cabo dos semanas los dolores y la tumefacción le impedían calzarse.

El médico que lo vió empezó á hacer cauterizaciones con nitrato de plata; al cabo de un año de cauterizaciones continuadas, en vez de la cicatrización vió aparecer los primeros brotes carnosos á través del orificio cutáneo.

En vista de que el nitrato de plata no daba resultado, le cauterizaron los brotes con termo cauterio, pero con el mismo resultado; los brotes crecían cada vez con mayor fuerza y en mayor superficie; la ulceración del talón se fué así agrandando

hasta llegar á las proporciones que presenta actualmente. Además, hace cosa de unos seis meses que ha aparecido una tumefacción dura é indolora en la ingle derecha, la que ha aumentado de volumen con bastante rapidez.

Ha enflaquecido unos quince kilos.

No hay sífilis ni tuberculosis; no ha sido bebedor ni palúdico.

Ha tenido perturbaciones intestinales atribuíbles á su estado hemorroidario.

*Estado actual.*—Sujeto de buen desarrollo, aunque un poco



Fig. I

demacrado; presenta un marcado tinte anémico, casi pajizo, que hace pensar en una caquexia maligna.

Se queja de una incomoda sensación de peso en el bajo vientre, con algunas perturbaciones en la micción, y sobre todo con grandes dolores en la región anal que le hacen imposible el reposo y todo movimiento.

Del exámen de la mitad superior del cuerpo no revela nada de anormal fuera del tinte anémico de las mucosas. La palpa-

ción de la mitad inferior del vientre provoca dolores que el paciente localiza en la pequeña pelvis y en el periné; la pared se pone tensa solo por momentos; la terminación del colon descendente y parte del ansa sigmoidea, se encuentran un poco más espesados que lo habitual.

En la región anal, además de los paquetes hemorroidarios procidentes, se observa un verdadero prolapsus rectal, irreductible y sumamente doloroso; forma un cilindro de unos diez centímetros de largo, con la mucosa edematosa, sembrada de ul-



Fig. II

ceraciones, y con verdaderas lagunas sanguíneas formadas por paquetes variosos de los hemorroides, los que sangran con suma facilidad.

Al tacto rectal se siente un anillo esfinteriano bastante ancho; las paredes del recto son blandas y no revelan infiltración ni tumor maligno.

La ingle derecha está ocupada por un tumor semiesférico, más grande que un puño, redondeado en su parte proeminente, de ancha base, situado sobre la facia cribiformis. El tumor está

bien limitado, como encapsulado, gozando de cierta movilidad, lo que permite insinuar un dedo entre él y el plano profundo. Se ha desarrollado en el centro del triángulo de Scarpa, es duro, regularmente liso é indoloro; es mate, no late y está rodeado de ganglios más pequeños.

La mitad externa del talón derecho está ocupada por un tumor del tamaño y forma de una media naranja. El pie no ha sufrido ninguna deformación ni presenta otra lesión. Parece como si con un sacabocados se hubiera eliminado una gran rodaja de piel del talón, y que por esa abertura hubiera salido el tumor, como de un cáliz.

Este tumor sobresale de tres cent. del nivel de la planta. Está desprovisto de piel, es brotante, de color negruzco, de aspecto telangectásico en algunos puntos, sarcomatoso en otros.

Las fotografías dan una idea acabada de su disposición.

Es blando, poco doloroso; el menor frote lo hace sangrar largo rato. No se busca su profundidad. El sujeto marcha sobre la punta del pie.

En estas condiciones el enfermo necesita tres intervenciones; él pide que se le libre ante todo de los dolores insoportables del recto, en contraposición á mi consejo de eliminar primero la lesión maligna.

No pudiendo conciliar las dos opiniones, me decidí por hacer las tres intervenciones en un tiempo.

El día antes se le hace una inyección de suero y se prepara convenientemente el recto, después de un buen baño.

12 de Mayo de 1910—operación Dr. Chutro.—Raquianestesia con 0,07 cent. de estovaina disuelta en suero fisiológico. Un litro de suero endovenoso por la safena izquierda. Dos capas

de tintura de yodo á la piel del triángulo de Scarpa del lado derecho.

Incisión paralela á la arcada de Poupart, pasando por la parte más saliente del tumor; en breves minutos se diseca la piel, se liga la safena y se extirpa el tumor con los ganglios vecinos. Sutura de la piel. Gasa.

Entretanto un ayudante ha pasado dos capas de tintura de yodo á la piel de la pierna y pie derechos.



Fig. III

Incisión atípica de Chutro (piriforme) que invade hasta la línea media de la planta para circunscribir el tumor, con base hacia atrás y con vértice que llega hasta la vecindad de la extremidad posterior del quinto metatarsiano.

Disecados los labios de la herida, se sesiona el tendón de Aquiles cerca de su inserción; luego de atrás hacia adelante se abre la articulación del cuello del pie, respetando los vasos y nervios y seccionando únicamente el tendón del flexor, propio del dedo gordo en la corredera del astrágalo porque incomoda.

Eliminación del astrágalo: sección transversal del calcáneo en su parte media y extirpación de la porción posterior conjuntamente con el tumor. En seguida se biselan las caras laterales de la mitad anterior del calcáneo, formando una verdadera cuña que se va á encajar en la mortaja, previamente transformada en un ángulo diedro, eliminando el cartílago con escoplo y martillo.

El pie se coloca en equinismo puro, según lo aconsejaba Mi-



Fig. IV

kulicz. No hubo que ligar ningún vaso. Los dos muñones óseos quedan fijos sin necesidad de suturarlos.

Se coloca una delgada mecha de Gersuny que sirve de drenaje y de taponamiento á la vez y se estrecha el resto de la herida con fuertes puntos de crin.

Un ayudante venda la pierna y el pie en equinismo con un protector en el dorso.

Inmediatamente se coloca el sujeto en posición ad-hoc y se hace la asepsia de la región perineal con tintura de yodo diluí-

da, inclusive para la mucosa de acuerdo con nuestra práctica corriente.

Resección de la parte de recto prolabada, eliminando al mismo tiempo todos los paquetes hemorroidarios; esfínter grueso, que no necesita dilatación. Se sutura la mucosa sana á la piel con puntos de crin, que se dejan largos. Apósito.

Las tres intervenciones han durado una hora y veinte minu-



Fig. V

tos; la anestesia ha sido perfecta y la única molestia que ha tenido el enfermo es la de sentir un poco de frío al finalizar la operación del prolapsus. Botellas calientes en la cama; una inyección de aceite alcanforado. Láudano. Pulso de 105 con buena tensión.

16 de Mayo.—Desde el día de la operación hasta hoy, no ha habido novedad. Ninguna perturbación por la stovaina. De vez

en cuando tiene algunos dolores en el pie operado. A pesar del opio ha ido espontáneamente de vientre; se lava el periné con aguas esterilizada y se le pone una nueva curación. Láudano.

19 de Mayo.—Se retiran los puntos de la herida de la ingle. Cicatrizada.

En el pie hay un poco de tumefacción y edema en la parte externa, pero no hay dolor ni temperatura. Se retira la mecha y se la reemplaza con un pequeño tubo de vidrio; idéntico vendaje que el primer día.

El pie se conserva en la buena posición, pero se nota una marcada tendencia á la flexión dorsal, por acción de los extensores.

Se retiran los puntos del ano.

21 de Mayo.—Se le quita definitivamente el vendaje de la ingle y del ano. Purgante.

El pie menos tumefacto drena un poco de líquido viscoso, sanguinolento. Se retiran algunos puntos cutáneos.

26 de Mayo.—La herida anal completamente cicatrizada, sin tendencia al prolapsus y sin várices, defeca y retiene como al estado normal, lo que demuestra que el esfínter funciona muy bien.

Tiene todavía algunos dolores en el cuello del pie cuando se le mueve.

30 de Mayo.—Anoche ha tenido 39°, acompañados de los signos de influenza; se le trata con quinina.

El pie en posición correcta. Se le retiran los tres puntos de sutura qne aún quedan; la herida cicatrizada. No hay más dolores. Día á día la acción de los extensores va siendo menor y por consiguiente va desapareciendo la tendencia á la flexión dorsal.

15 de Junio.—Se le coloca un aparato de yeso que abarca desde la rodilla hasta la raíz del metatarso, y luego se le hace caminar con muletas.

17 de Junio.—El antepie se ha hinchado, pero no tanto como en los operados anteriormente. La flexión dorsal de los dedos llega á 110°.

15 de Julio.—Se quita el aparato de yeso. El pie completamente indoloro y en la posición y forma que indican las fotografías.

El calcáneo y la mortaja ha consolidado bien. Hay una ligera movilidad al nivel de la articulación calcáneo-cuboidea, y una pequeña tendencia al varus del antepié por falta de punto de apoyo al escafoides.

La flexión dorsal de los dedos llega á 100, siendo el más rebelde el dedo gordo á causa de un viejo hallux valgus. Camina con bastón.

Después de la operación ha ganado 12 kilos de peso, presentando un brillante estado general.

En estas condiciones se le da de alta. Como el lado operado es ahora dos cent. más largo que el opuesto, se aumenta el espesor de la suela de éste, mientras que en aquel se coloca solo una delgada rodaja de cuero para proteger la piel de los dedos.

Vuelve al servicio el 15 de Diciembre de 1910 por una tumefacción que ha aparecido en la ingle derecha.

Su estado general ha desmejorado algo, tomando nuevamente el tinte anémico que tenía antes de la primera operación.

No se encuentra ninguna lesión visceral ni nada que haga presumir una metástasis en el vientre ó en el tórax; la región anal perfectamente normal.

En la región inguino crural derecha se ve la cicatríz de la operación que no ofrece nada de anormal; en el vértice del triángulo de Scarpa hay una pequeña tumefacción del tamaño de una almendra, dura, indolora, subcutánea, bastante movible y bien delimitada. En contacto con el arco de Poupart, por delante de la vaina de los vasos, hay otra tumefacción más pe-

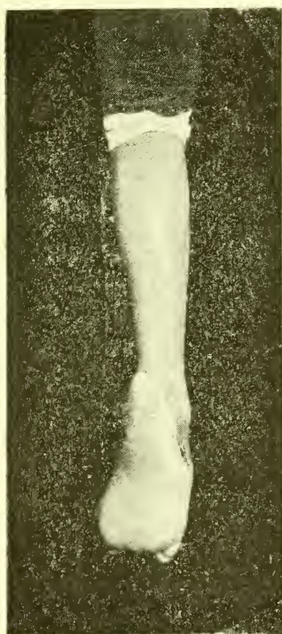


Fig. VI

queña que la anterior, pero con los mismos caracteres. Se les considera como recidivas en los ganglios.

El pie perfectamente consolidado y en la buena posición; también la articulación calcáneo-cuboidea se ha anquilosado. Es indoloro y la flexión dorsal de los dedos se hace hasta el ángulo recto.

La pierna con atrofia funcional en sus músculos: de la rodilla hacia abajo es más fria que la del lado opuesto.

22 de Diciembre.—Operación Dr. Chutro. Raquianestesia con 4 cent. de stovaina. Dos capas de tintura de yodo á la piel.



Fig. VII

Con dos incisiones transversales se hace la extirpación de los ganglios.

El exámen microscópico llevó al diagnóstico de sarcoma melánico.

30 de Diciembre.—Se retiran los puntos. Curado.

Desgraciadamente no siempre el éxito operatorio va acompañado de la curación del enfermo, y por eso el presente caso

hace pesar que dada la naturaleza de la lesión, posiblemente se hará una generalización que acabe con la vida del paciente.

La operación ha curado al enfermo de su lesión primitiva sin tener que recurrir á una amputación, y la recidiva inguinal se ha hecho seguramente en ganglios que ya estaban infectados en el momento de la primera operación. Si el sujeto hubiera

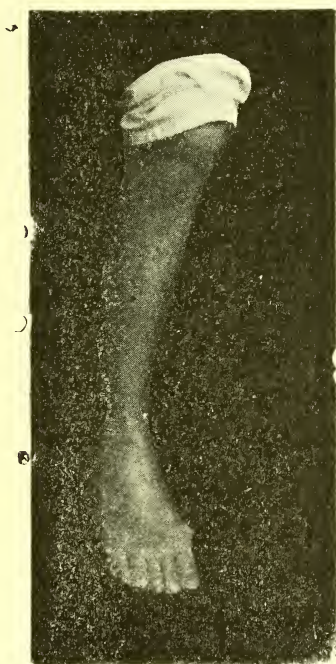


Fig. VIII

sido operado antes, el resultado hubiera sido seguramente halagüeño.

La modificación que yo había propuesto para la sección de los huesos, me ha dado buen resultado; la mantención es muy fácil y la consolidación se hace con mucha rapidez.

Me he convencido que con esta modificación puede alargarse el miembro en una gran extensión, no siendo difícil llegar á los 11 cent. Con la tenotomía del tibial anterior, puede aprovecharse casi todo el calcáneo en aquellos casos en que, con fines ortopédicos, se desea corregir los grandes acortamientos consecutivos á lesiones como la parálisis infantil, coxalgias con luxación patológica.

Cuando se pretende conservar mucho calcáneo, hay que sacrificar el astrágalo, porque este hueso, haciendo una gran saliencia en la parte anterior, deforma la región, lo que es más grave: comprime los vasos contra las partes blandas anteriores, haciendo peligrar, por lo tanto, la nutrición del pie.

Esta ablación del astrágalo debilita algo de la fijeza al miembro, puesto que faltando el punto de apoyo al escafoides, el antepié tiene cierta tendencia á flexionar sobre el borde interno, pero esta desviación no se hace muy avanzada porque la articulación calcáneo-escafoidea en la nueva actitud se lo impide.

En las radiografías se ve muy claramente el resultado final. La tomada de frente muestra la justa coaptación del calcáneo en la nueva mortaja, coincidiendo en forma y tamaño. En la de perfil se ve que el calcáneo viene á formar una especie de arco, cuya cuerda estaría representada por una línea que fuera desde la mortaja al espacio escafo-cuneano; coincidiendo, por lo tanto, con la línea de fuerza de la pierna.

La falta de punto de apoyo en el escafoides, no es, pues, un grave inconveniente, aunque siempre sea preferible darle uno.

En el presente caso la anquilosis de la articulación favoreció al buen resultado estático y á la marcha.

Con este procedimiento la nutrición del pie queda bien asegurada, no lesionando ningún vaso importante; la intervención resulta así verdaderamente económica.

---



Figura IX



Figura X